

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1903-1904. — N° 132

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA

CONJONCTIVE BULBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 5 mars 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond PÉLISSIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Paris, le 28 avril 1876



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1904

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1903-1904. — N° 132

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA

CONJONCTIVE BULBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 5 mars 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond PÉLISSIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Paris, le 28 avril 1876



LYON

A STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.
HUGOUNENQ

DOYEN.
ASSESEUR.

Professeurs honoraires
MM. PAULET, CHAUVEAU

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales.	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. .
Cliniques chirurgicales.	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophtalmologique.	GAILLETON.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPIER.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale.	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie.	

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies femmes.	MM. POLLOSSON (A.). agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC. —
Accouchements.	FABRE. —
Matière médicale.	MOREAU. —
Anatomie topographique.	DURAND. —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. CECCALDI, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAILLETON, président; ROLLET, assesseur;
MM. PIC et VILLARD, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur E. ROLLET

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

PRÉFACE

Au moment où nous terminons nos études, nous sommes heureux de pouvoir adresser à nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté de Lyon l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de dévouement.

Que Monsieur le docteur Etienne Rollet, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, veuille bien nous permettre de lui dédier ce travail inspiré par lui ; ce n'est là qu'un faible témoignage des obligations contractées envers un maître dont la bienveillance, l'appui et les conseils ne nous manquèrent jamais ; qu'il soit persuadé que le semestre d'externat que nous avons passé dans son service, à l'hôpital de la Croix-Rousse, nous rappellera toujours un des plus heureux moments de nos études.

Monsieur le professeur Gailleton a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse ; qu'il nous permette de lui témoigner ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance. C'est sous sa direction que nous fîmes notre premier stage hospitalier, stage consacré à l'étude des maladies vénériennes et cutanées ; terminant nos études par un travail sur la syphilis, nous sommes particulièrement heureux de voir notre premier maître présider la soutenance de notre thèse.

Nous nous souviendrons toujours de l'extrême bienveillance que Monsieur le docteur Pic, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, voulut bien nous témoigner à maintes

reprises, et de ses précieux conseils ; nous l'en remercions sincèrement, ainsi que d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de siéger à notre thèse.

Qu'il nous soit permis de remercier de ses patientes et excellentes leçons notre premier maître en l'art des accouchements, Monsieur le professeur agrégé Fabre, dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Nous avons gardé le plus agréable souvenir de notre court passage à l'hospice de la Guillotière et des excellentes relations que nous y eûmes avec notre chef de service, Monsieur le professeur agrégé Collet, médecin des hôpitaux.

Monsieur le professeur agrégé Villard, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu se souvenir de nous et accepter de siéger à notre thèse ; nous l'en remercions sincèrement.

Remercions aussi MM. les docteurs Augagneur, professeur à la Faculté, Rabot, médecin des hôpitaux, et Vallas, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, dans les services desquels nous eûmes l'honneur d'être externe.

Pour terminer, nous n'avons garde d'oublier nos amis : à tous nous adressons notre cordial souvenir.

Lyon, 23 février 1904.

AVANT-PROPOS

L'occasion se présenta pour nous de voir, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de notre maître, M. E. Rollet, un cas fort intéressant, que les syphili-graphes ne voient presque jamais et que les ophtal-mologistes ont vu rarement : un chancre syphilitique siégeant sur la conjonctive bulbaire. Le sujet nous intéressa et M. Rollet voulut bien nous le confier pour notre thèse.

Nous eûmes toutes facilités pour suivre l'évolution de l'affection, la malade venant très régulièrement aux consultations.

En raison de la rareté du siège de ce chancre, et le cas que nous avons sous les yeux étant typique, M. Rollet et nous jugeâmes qu'il y aurait intérêt à le faire figurer dans notre thèse. M. Verni, dessinateur de la Faculté de médecine, vint à la consultation et prit, d'après nature, l'aquarelle qui est reproduite dans ce travail.

M. Horand, ex-chirurgien de l'Antiquaille, voulut bien nous donner l'observation complète du malade

qu'il avait eu dans son service en 1879, et qui est résumée dans le *Traité des maladies vénériennes* de Jullien.

Nous trouvâmes dans la littérature médicale quatorze cas relatés plus ou moins longuement.

Si nous avons laissé échapper quelques publications, qu'on veuille bien nous le pardonner : la difficulté des recherches — et surtout notre ignorance des langues étrangères — nous serviront d'excuse.

CHAPITRE PREMIER

Généralités. — Chancres oculaires, leur classification.

Le chancre syphilitique oculaire n'a été remarqué que depuis 1850, et la première observation est due à Ricord (*Annales d'oculistique*, 1850, p. 233). Ce fut, à cette époque pleine de discussions que nous n'avons pas à rapporter ici (cf. J. Rollet, *Traité des maladies vénériennes*, p. 690), ce fut, à cette époque, dit Fournier, « une véritable surprise, presque un événement ».

Depuis 1850 parurent de nombreux travaux sur les chancres extra-génitaux, sur les chancres céphaliques en particulier ; peu à peu le chancre oculaire se dégagait ; on ne le considéra plus comme un événement.

Zeissl fait une statistique et trouve le chancre oculaire dans la proportion de 1 sur 20.000 chancres de tous sièges.

En 1884, Lavergne et Perrin publient (*Annales derm. et syph.*), 27 observations de chancres extra-génitaux, toutes recueillies dans le service de Fournier; parmi elles s'en trouvent 5 concernant l'œil et les paupières (point sur la conjonctive bulbaire).

En 1886, Debeck (*Contrib. from the ophthalmic clinic medical college of Ohio*, relaté in *Annales de derm. et syph.*, 1887, p. 204) publie 94 cas de chancres oculaires, dont six de la conjonctive (siège exact).

En 1890, Fortuniadès (thèse de Paris) donne la proportion de 1 chancre oculaire sur 500 cas.

En 1891, Bulkley (*Syphilis in the Innocent*, New-York) trouve sur 113 cas de chancres extra-génitaux, 4 des paupières. Il publie un tableau de 9.058 chancres extra-génitaux, parmi lesquels il en relève 372 concernant les paupières (et la conjonctive).

Fournier (cf. *les Chancres extra-génitaux*, 1897) consacre un long article au chancre céphalique. Nous lui empruntons quelques chiffres :

Chancres de localisation génitale.	93	o/o
— péricénitaux	0.67	o/o
— extra-génitaux	6.33	o/o

Il ajoute que les trois quart des chancres extra-génitaux rencontrés en pratique sont constitués par des chancres céphaliques.

Dans un tableau comprenant 847 cas de chancres céphaliques, il en mentionne 21 concernant l'œil (sans autres indications).

Le chancre syphilitique de la conjonctive fit l'objet d'une thèse, mais l'auteur envisagea aussi bien la conjonctive palpébrale que la conjonctive des culs-de-sac et n'apporta pas d'observation nouvelle de chancre siégeant sur la conjonctive bulbaire.

Par cet exposé, nous voyons que peu à peu on étudia le chancre oculaire, puis on le divisa en chancre des paupières, en chancre de la conjonctive, etc. Mais le chancre de la conjonctive bulbaire, dont il paraissait de temps en temps une observation, ne fit l'objet d'aucun travail d'ensemble jusqu'en 1901, époque à laquelle M. Sourdille fit paraître une revue générale et publia un cas nouveau dans les *Archives d'ophtalmologie*.

Les Traités des maladies vénériennes et les Traités d'ophtalmologie en parlent peu, s'accordant par contre à en constater l'extrême rareté.

Nos recherches nous permirent de trouver, éparses dans diverses publications, quatorze observations ou relations; nous avons ainsi assez d'éléments pour essayer d'esquisser la physionomie du chancre syphilitique à la conjonctive bulbaire. Mais, au cours de nos recherches, nous fûmes frappés de trouver nombre d'observations portant le titre de chancre de la conjonctive bulbaire, et, en réalité, ne siégeant pas du tout sur le bulbe.

Nous croyons donc qu'il est utile de commencer notre étude en précisant anatomiquement la région qui nous occupe, et de classer par régions les chancres oculaires; mais auparavant nous ferons, sous

forme de tableau, l'histoire propre du chancre syphilitique bulbaire.

Fano	1874
Horand.	1879
Baudon.	1885
Williams.	—
Vignes.	1893
Dagnélaïski.	—
Délow	1897
Valude et Laur	—
Schweinitz	1898
Morax	1900
Sourdille	1901
Maslenikow.	—
E. Rollet.	1903

Nous n'avons pas mentionné les trois cas de de Wecker dans ce tableau, car nous ignorons à quelle époque il les a vus.

DÉLIMITATION DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE CLASSIFICATION DES CHANCRES OCULAIRES

Nous allons maintenant, par un large emprunt fait au traité d'anatomie de M. le professeur Testut, fixer dans l'esprit du lecteur la topographie conjonctivale, et montrer ainsi que nous sommes en droit de considérer la conjonctive bulbaire comme une région propre, bien définie.

La conjonctive est une membrane muqueuse, dépendance du tégument externe,

Après avoir tapissé la face postérieure des paupières, en allant de leur bord libre à leur bord adhérent, la conjonctive se réfléchit sur elle-même pour s'étaler à la surface antérieure du globe oculaire et le recouvrir sans interruption, depuis le voisinage de l'équateur jusqu'au centre de la cornée. Elle forme ainsi dans son ensemble une sorte de sac (sac conjonctival), qui est ouvert en avant au niveau de la fente palpébrale, et dont les parois antérieure et postérieure s'adaptent exactement l'une à l'autre à la manière des membranes séreuses.

Bien que la conjonctive forme un tout partout continu, on la divise d'ordinaire, et cela uniquement pour la commodité de la description, en trois portions : une première qui est en rapport avec les paupières, c'est la conjonctive palpébrale ; une deuxième qui répond à l'œil, c'est la conjonctive oculaire ou bulbaire ; une troisième, intermédiaire aux deux précédentes et formée par le repli qui les unit l'une à l'autre, c'est la conjonctive du cul-de-sac (conjonctive du fornix des auteurs allemands).

Plus mince que les deux autres, la conjonctive bulbaire revêt la partie libre du globe de l'œil. Nous la diviserons elle-même en trois portions : sclérale, cornéenne, de l'angle interne.

1° La portion sclérale, mince et transparente, laisse voir dans toute son étendue, la coloration blanche de la membrane sous-jacente (*blanc de l'œil*). Elle est unie à la sclérotique par une couche de tissu cellulaire lâche.

2° Arrivée à la cornée, la conjonctive adhère inti-

mement au pourtour de cette membrane, et forme là, sur la ligne de soudure scléro-cornéenne, une zone circulaire, d'une structure un peu particulière, et à réaction pathologique spéciale, que l'on désigne sous le nom de limbe conjonctival ou d'anneau conjonctival.

En deçà du limbe, sur la cornée elle-même, la conjonctive perd son chorion ; elle n'est autre que la couche épithéliale antérieure de la cornée, doublée de la lame élastique antérieure.

3° Dans la portion qu'occupe l'angle interne de l'œil, la conjonctive bulbaire présente deux formations.

A. — La caroncule lacrymale, petite saillie rougeâtre, en forme de mamelon, occupant l'espace qu'interceptent entre elles les portions lacrymales des deux paupières. Sa base repose sur la conjonctive et fait corps avec elle. Sa partie libre est en partie recouverte par la paupière inférieure.

Au point de vue de sa structure, la caroncule lacrymale est constituée par un amas de dix à douze follicules pileux munis de glandes sébacées, par un certain nombre de glandes que les recherches de Stieda font considérer comme des glandes acineuses ; on rencontre encore dans la caroncule des traînées de fibres musculaires lisses et quelques fibres musculaires striées, le tout recouvert par une mince membrane que la plupart des histologistes considèrent comme un lambeau de peau.

B. — Le repli semi-lunaire est un repli de la conjonctive bulbaire, qui est placé un peu en dehors de

la caroncule, et qui affecte, chez l'homme, la forme d'un croissant vertical à concavité dirigée en dehors. Il est plus prononcé quand l'œil se porte en dedans. Il se compose de deux feuillets muqueux qui se confondent au niveau de leur bord libre et qui sont séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissu conjonctif dans lequel se trouvent des vaisseaux et quelques fibres musculaires, rudiment du muscle moteur de la membrane clignotante dont le repli semi-lunaire est le représentant chez l'homme.

L'exposé anatomique qui précède nous autorise à classer ainsi les chancres syphilitiques oculaires :

- 1° Chancres de la peau des paupières ;
- 2° Chancres du bord ciliaire ;
- 3° Chancres de l'angle interne, repli semi-lunaire ;
Chancres de l'angle interne, caroncules ;
- 4° Chancres de la conjonctive palpébrale ;
- 5° Chancres des culs-de-sac palpébraux ;
- 6° Chancres de la cornée ;
- 7° Enfin, chancres ayant débuté par la conjonctive bulbaire.

Ce sont les seuls qui font l'objet de notre étude.

CHAPITRE II

Étiologie

Fréquence. — Comme on a pu le voir par le tableau historique que nous avons donné, le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire est une affection très rare. Nos recherches ne nous ont permis de découvrir que quinze cas dans la littérature médicale. Avec l'observation inédite que nous apportons, nous trouvons donc seize cas. Le premier ayant été publié en 1874 (Fano), cela nous donne le chiffre de seize cas pour une période de trente ans ; faisons remarquer que les observations citées proviennent de tous les points du monde : de Liverpool, Saint-Petersbourg, New-York, etc. Il est facile, par un simple calcul, de voir que le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire se présente avec la fréquence d'un cas par vingt-deux mois (en admettant : 1° que tous les cas aient été publiés ; 2° qu'aucun cas ne nous ait échappé). Quoi qu'il en soit de l'absolue vérité de ce pourcentage quant au temps, nous n'en avons pas moins la preuve que c'est une lésion peu fréquente.

Remarquons, sans en tirer de conclusions, que sur seize cas, onze sont français, et que parmi ces onze, deux ont été vus à Lyon.

Age. — Dans dix observations l'âge est indiqué :

Dix-huit ans. — Williams.

Vingt-quatre ans. — Baudon.

Vingt-cinq ans. — Valude et Laur.

Vingt-six ans. — Horand.

Vingt-sept ans. — Morax ; Fano ; Maslenikow.

Trente ans. — E. Rollet.

Trente-cinq. — Sourdille ; de Schweinitz.

De ce tableau ressort que l'âge le plus exposé (nous ne dirons pas le seul exposé, car nous ne voyons pas pour quelle cause il y aurait immunité (à cause de l'âge) au-dessous de dix-huit ans et au-dessus de trente-cinq), l'âge le plus exposé serait donc de dix-huit à trente-cinq, en un mot, l'âge adulte.

Y a-t-il une raison ? Nous essaierons d'y répondre après avoir étudié les rapports du chancre bulbaire avec le sexe et la profession et la manière dont l'infection a été communiquée.

Le *sexe* féminin paraît plus atteint par cette affection ; si nous consultons le tableau suivant, nous voyons en effet, neuf femmes atteintes et sept hommes seulement. En faisant le pourcentage, nous obtenons 56,2 sujets du sexe féminin sur 100 cas.

9 Femmes. — E. Rollet, les trois cas de de Wecker, Morax, Williams, Sourdille, Dagnélaïski.

7 Hommes. — Horand, Vignes, Valude et Laur, Délow, Maslenikow, Schweinitz, Fano,

Dans la moitié seulement des cas que nous avons recueillis, la profession était indiquée. Nous résumerons ces indications.

Femme mariée, sans profession (E. Rollet, Baudon, Sourdille).	3
Nourrice (Morax).	1
Carrossier (Valude et Laur).	1
Cultivateur (Maslenikow).	1
Médecin (cas professionnel) (Schweinitz). . .	1
Tonnellier (Fano).	1
	8

Nous ne voyons pas la conclusion qu'on serait autorisé à tirer de ce tableau.

Quant au *mode de contamination*, ne voulant pas émettre des hypothèses, nous nous bornerons à relater les indications fournies par les différentes observations. Nous ferons seulement remarquer deux choses : 1^o la contamination syphilitique, ici comme en n'importe quel point du tégument externe et des muqueuses, n'a besoin que de l'apport du virus (nous n'entrerons pas dans des discussions sur le mécanisme d'entrée par une érosion), quelle que soit la manière dont le virus est apporté; 2^o appelons l'attention sur ce que le chancre de la conjonctive bulbaire n'est pas forcément un chancre d'origine génitale. Le malade ne se cache pas comme le fait en général celui qui est porteur d'une maladie des voies génitales; il donne tous les renseignements qu'il peut, mais, malgré tout, il est très souvent fort difficile d'arriver à savoir quel a été le véhicule du contag.

En analysant les observations que nous avons recueillies, nous voyons que dans deux cas (E. Rollet, Sourdille), la *bouche atteinte de plaques muqueuses*, a été la cause très probable de l'infection.

Dans trois cas le chancre bulbaire a été contracté par des femmes *soignant des enfants syphilitiques*. (Dagnélaïski, Morax, Williams).

Dans un cas, un médecin fut infecté par un jet de liquide utérin pendant l'accouchement d'une femme syphilitique (Schweinitz).

Dans le cas de M. Horand, le malade couchait avec son frère atteint de syphilis buccale secondaire et M. Horand pense que la *salive* écoulee sur l'oreiller a été la cause de l'infection.

Dans le cas de Fano, le malade avait aussi un camarade de lit.

De ce bref exposé, un fait à retenir : c'est que dans trois cas sur huit (c'est-à-dire 37,5 p. 100), la contagion s'est faite en soignant des enfants.

En somme, pour résumer l'étiologie, nous pouvons dire que le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire se rencontre dans l'âge adulte, surtout chez la femme. C'est, à notre avis, les seules conclusions que nous soyons autorisé à tirer.

Quant à expliquer cette double prédominance, peut-être pourrait-on dire que de dix-huit à trente-cinq ans, c'est l'âge où la femme est appelée à soigner les enfants (soit dans sa famille, soit comme domestique ; n'oublions pas que dans 37,5 p. 100 le chancre bulbaire a été pris de cette façon) ; que, d'un

autre côté, c'est à cette période qu'elle a en général le plus de rapports avec les hommes, et que les plaques muqueuses de la langue, voire même la salive, sont d'excellents agents de transmission de la syphilis.

CHAPITRE III

Symptômes.

Nombre. — Le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire a toujours été rencontré isolé.

La durée de l'incubation est impossible à préciser, puisque dans un seul cas on a pu savoir la date du contagé : l'observation de Schweinitz nous apprend que six semaines après l'inoculation, le chancre était constitué avec tous ses caractères. On peut en conclure que le chancre syphilitique n'a pas à la conjonctive bulbaire une durée d'incubation particulière de par son siège.

Période de début. — Les premiers symptômes attirant l'attention du malade sont analogues à ceux d'une conjonctivite légère et localisée : de la rougeur accompagnée de démangeaisons, voire même d'un peu de douleur, larmolement, mais pas de sécrétion, pas d'agglutination des paupières.

Environ dix jours après l'apparition de ces symptômes, sera constitué l'aspect clinique répondant à la *période d'état*. En un point de la conjonctive bulbaire on verra une ou plusieurs ulcérations, en

même temps qu'évoluera un chémosis finissant par envahir toute la conjonctive bulbaire et que se constituera l'adénopathie. Ces trois phénomènes, *ulcération*, *chémosis*, *adénopathie*, apparaissent presque simultanément et constituent une triade symptomatique à laquelle nous attachons beaucoup d'importance, car ces signes sont le résumé descriptif du chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire, et suffisent par leurs caractères propres, leur simultanéité et leur constance, à identifier l'affection.

A. — ULCÉRATION

Nombre. — L'ulcération n'est pas toujours unique. Sur seize cas, nous trouvons que deux fois (Sourdille, Vignes), on notait deux petites ulcérations rapprochées, et une fois trois ulcérations (dont deux siégeant sur le fornix inférieur (Dagnélaïski).

Ultérieurement, les deux ulcérations observées par Sourdille se fondirent en une seule ; l'évolution n'est pas indiquée pour les autres cas.

Siège. — Voici le siège occupé par l'ulcération dans les divers cas qui se sont présentés :

Partie interne de la conjonctive bulbaire (entre la cornée en dehors et le repli semi-lunaire en dedans)	6
Partie inféro-interne	2
En bas de la cornée	1
En dehors de la cornée.	3
En haut de la cornée.	1
Limbe.	1
Siège exact pas désigné.	2

La partie interne de la conjonctive bulbaire paraît donc atteinte de préférence (dans 50 p. 100 des cas).

Base. — L'ulcération repose sur une plaque surélevée, rouge vineux, qui rapidement s'indure. L'*induration* est chondroïde, et est perçue par le doigt explorant la conjonctive à travers la paupière.

Sa *forme* est arrondie ou ovale, à contours réguliers.

Aspect. — Délow note une ulcération à bords à pic, d'aspect lardacé ; de Wecker, des plaques exulcérées à pourtour violacé ; d'autres fois, la couleur est opaline, ou jaunâtre, comparable à une plaque jaune obtenue par injection sous-conjonctivale huileuse (E. Rollet), ou blanchâtre, plus ou moins brillante, recouverte d'un enduit diphtéroïde dont l'avulsion laisse voir une érosion sans bords taillés en profondeur (Laur et Valude). Dans le cas tout particulier de Fano, c'était une plaque d'un blanc sale, creusée à son centre.

Dimensions. — Ce n'est pas un chancre volumineux. Dans le cas de M. Rollet, l'ulcération avait les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Valude et Laur, Fano la comparent à une grosse lentille. Délow donne 3 millimètres de diamètre, Morax 6 millimètres sur 4, Sourdille a vu deux ulcérations circulaires de 4 à 5 millimètres de diamètre, séparées par un intervalle de 0 mill. 5, reposant sur une plaque de 12 millimètres de largeur ; les deux ulcérations se réunirent en une seule et la base augmenta de 3 millimètres.

Sécrétion. — L'ulcération ne sécrète point, mais très souvent elle est recouverte d'un enduit diphtéroïde.

Sensibilité. — Pas de douleur ni spontanée, ni provoquée.

B. — CHÉMOSIS

Le chémosis débute en même temps que l'ulcération. (Voir anatomiepathologique.) Il devient rapidement très volumineux, envahit toute la conjonctive bulbaire et peut même se prolonger jusque dans les culs-de-sac palpébraux. Il *enchâsse la cornée*. Il peut être charnu, rouge cuivre (E. Rollet), ou bien lardacé, jaune rosé (Sourdille), ou former « un bourrelet œdémateux, parsemé en certains endroits d'un piqueté rouge » (Fano). Il peut avoir 5 à 6 millimètres d'épaisseur ; le maximum est au niveau du chancre qu'il semble repousser en avant.

Il persiste après la disparition de l'ulcération.

La palpation donne une sensation de dureté et n'est point douloureuse.

C. — ADÉNOPATHIE

La réaction ganglionnaire est constante, survient à la même époque que l'ulcération et le chémosis. Elle est unilatérale, siège du même côté que l'œil atteint ; elle est froide, indolente, se manifeste d'abord au-devant du lobule de l'oreille, puis atteint presque aus-

sitôt la région sous-maxillaire, parfois aussi la région parotidienne.

Le ganglion préauriculaire est le satellite du chancre syphilitique de la conjonctive ; il est généralement volumineux, appréciable à la vue, étalé.

Les ganglions atteints sont durs, mobiles sous la peau, indolores, spontanément et à la pression.

Peut-être peuvent-ils être douloureux chez les névropathes ?

Les trois symptômes cardinaux une fois étudiés, nous devons, pour compléter la description de la période d'état du chancre bulbaire, passer rapidement en revue ce qui se manifeste à ce moment au niveau de la région oculaire.

Tous les observateurs notent un larmolement qui peut être plus ou moins abondant ; il n'y a pas de sécrétion purulente.

Pas de douleur, ni spontanée, ni provoquée, soit du côté de l'œil, soit du côté de ses annexes ; seulement une sensation de gêne, attribuable à la tumeur formée par le chémosis et qui repousse en avant les paupières. Celles-ci restent normales, sans réaction inflammatoire, ne sont pas agglutinées.

La cornée, enchâssée par le chémosis, reste saine, tout au plus note-t-on un léger nuage.

L'iris est sain, pas de troubles d'accommodation. Pas de photophobie.

La vision reste toujours distincte.

Période de réparation. — Au bout d'un certain temps les symptômes s'amendent. C'est le chancre

qui s'atténue le premier; à ce moment *la lésion se borne à un chémosis dont la coloration, de rouge cuivré, devient blanchâtre; il est énorme, enchâsse la cornée, est dur, épais, son maximum d'épaisseur est au niveau de l'ulcération disparue*. Il a l'apparence d'une tumeur.

Puis le chémosis devient plus pâle, son induration s'affaiblit, et en quelques semaines on ne voit plus comme trace de l'affection oculaire, au point de la conjonctive où siégeait le chancre, qu'une tache ecchymotique avec épaissement de la conjonctive (M. Horand), ou bien une macule pigmentaire (Sourdille, Valude et Laur), ou une petite dépression (Fano), vestiges qui persisteront assez longtemps.

Dans le cas dont nous avons été témoin, trois mois après le début du chancre, on ne notait plus que les signes suivants : disparition de l'induration (qui persiste quelques jours après la disparition du chancre); chémosis blanchâtre; bride s'étendant de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire, à l'endroit où siégeait le chancre. Hypersécrétion lacrymale. Paupières, papille, iris, normaux.

Les ganglions disparaissent avant la fin du chémosis, qui constitue ainsi, avec la macule pigmentée ou la cicatrice, les derniers symptômes visibles de l'affection oculaire.

Notons qu'entre temps sont apparus les symptômes de la *syphilis secondaire* (roséole, céphalalgie, adénopathie secondaire, plaques muqueuses), que nous n'avons pas à décrire ici.

Durée du chancre bulbaire. — La moyenne que nous avons pu faire d'après les observations indiquant ce point nous permet de dire que trois mois à peu près depuis le début des accidents oculaires sont nécessaires à l'évolution du chancre syphilitique à la conjonctive bulbaire.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Pronostic. — Traitement.

Morphologie. — Nous n'hésitons pas à classer le chancre bulbaire, d'après ses symptômes que nous venons d'étudier, dans la catégorie des *érosions indurées*, telles que les décrit J. Rollet (v. *Traité des maladies vénériennes*, p. 643).

C'est donc un chancre érosif, avec forte réaction périphérique et induration marquée (tenant à la réaction du tissu lymphoïde sous-conjonctival). Nous pouvons le comparer à celui de la rainure balano-préputiale, avec érosion jaunâtre.

Résumé descriptif. — Rappelons que les symptômes cardinaux du chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire sont : un chémosis énorme enchâssant la cornée, pouvant se prolonger dans les culs-de-sac, dur, de couleur sombre (rouge cuivré), indolent ; en un point de ce chémosis siège une ulcération dont l'aspect est variable, mais dont les caractères constants sont une induration cartilagineuse et une

indolence très marquée. Enfin, une adénopathie précoce, atteignant d'abord le ganglion préauriculaire, puis la région sous-maxillaire. Les ganglions sont durs, mobiles, indolents.

Pas de sécrétion, larmolement, pas de troubles visuels, cornée saine ou légèrement nuageuse, paupières normales.

En un mot, l'aspect est typique à la période d'état, grâce à la triade symptomatique.

Il est cependant un fait qui pourrait égarer un instant le diagnostic, et sur lequel nous avons appelé déjà l'attention ; nous y revenons. Au début de la période de réparation, l'ulcération disparaît et alors le tableau clinique se résume à un chémosis accompagné d'adénopathie ; on pourrait songer alors à une tumeur, mais l'interrogatoire apprendra l'existence antérieure d'une ulcération, dont on retrouvera toujours les vestiges qui suffiront alors à éclairer le diagnostic en cas de renseignements incomplets.

Diagnostic différentiel. — Porter le diagnostic de chancre syphilitique doit être chose aisée ; il faut surtout songer à cette affection. On peut le faire grâce aux signes propres de l'affection et avant l'apparition des accidents secondaires. L'intérêt est double à porter tôt ce diagnostic ; d'abord on pourra tranquilliser le malade au sujet de l'avenir de sa vision, et ensuite on évitera ainsi des traitements qui seraient à tout le moins inutiles.

Au début de l'affection, on pourrait penser à une conjonctivite. L'apparition de l'ulcération porterait à

hésiter entre le chancre mou, une ulcération tuberculeuse, un bouton d'épisclérite, une conjonctivite phlycténulaire. Lorsque la lésion est réduite au chémosis, on pourrait songer à une gomme, à une tumeur de la conjonctive.

Nous ne parlons pas des lésions du lupus et de la lèpre, lésions qui ne sont pas primitives sur la conjonctive bulbaire, ni des syphilides ; dans tous ces cas un examen méthodique du malade permettrait de faire le diagnostic.

Nous donnerons brièvement les signes principaux permettant d'éliminer les affections qui peuvent le plus prêter à confusion.

Chancre mou. — Il se caractérise par une ulcération à bords taillés à pic, à fond jaunâtre suppuré ; pas d'induration, douleurs vives, suppuration abondante ; pas d'adénite ou adénite bubonienne et douloureuse. En tout cas, pour lever les doutes, on aurait à pratiquer la recherche du bacille de Unna-Ducrey.

L'ulcération tuberculeuse a une coloration jaune sale, son fond est excavé, finement grenu. Les bords sont à pic, indurés, saillants, déchiquetés. Elle détermine d'abord du larmolement, puis une conjonctivite muco-purulente.

Elle s'accompagne de douleurs et d'une adénite préauriculaire précoce et à peu près constante. La marche est lente, pas de tendance à la cicatrisation.

L'épisclérite a une marche chronique, procède par poussées ; souvent il y a plusieurs lésions simultanées.

La *conjonctivite phlycténulaire* survient principalement chez les enfants, se résorbe en deux semaines; un faisceau triangulaire de vaisseaux à base dirigée vers le cul-de-sac converge vers la lésion.

Les *tumeurs* ont un développement lent, l'adénite apparaît tardivement; en cas de doute, on se servira du traitement d'épreuve.

On éliminera les *gommes* syphilitiques d'un côté par l'absence de ganglion préauriculaire, par la tendance destructive de la lésion, et d'un autre côté par les stigmates.

Nous ne faisons que mentionner le *chémosis de la conjonctivite simple*.

En résumé, il y a peu d'affections qui puissent faire errer le diagnostic, surtout si l'on pense au chancre syphilitique.

PRONOSTIC

Nous avons vu que le chancre syphilitique évolue à la conjonctive bulbaire sans amener de troubles de la vision et qu'il disparaît en ne laissant comme traces locales de son passage que des vestiges insignifiants.

Le pronostic au point de vue de l'organe de la vision est donc excellent, et l'on pourra toujours assurer au malade l'intégrité de sa vue.

N'ayant en main aucune observation de malade revu plusieurs années après l'infection, nous ne pouvons pas savoir si la syphilis revêt ici dans ses accidents ultérieurs une gravité particulière, tenant au siège de l'accident initial.

TRAITEMENT

a) *Traitement local.* — Aucun irritant, pas de cautérisations, antisepsie destinée à prévenir une infection surajoutée, tel est le résumé du traitement local.

M. Rollet a employé avec succès les instillations de bleu de méthylène.

b) *Traitement général.* — C'est celui de la syphilis.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Un seul observateur, M. le D^r Sourdille, a eu occasion de pratiquer un examen histologique du chancre bulbaire, ayant excisé, au cours de l'évolution du chancre dont il relate l'observation, une tranche comprenant toute l'épaisseur de la tumeur bulbaire exulcérée.

Avant de citer sa relation, nous croyons utile de fixer dans l'esprit du lecteur, par quelques lignes résumées dans le *Traité d'anatomie humaine* de M. le professeur Testut, l'histologie normale de la conjonctive bulbaire.

« Le derme est constitué par un stroma conjonctif dans les mailles duquel se trouvent des cellules lymphatiques.

« Entre le derme et l'épithélium se trouve une mince couche hyaline, qui, au niveau du limbe, se continue directement avec la lame élastique de la cornée.

« L'épithélium est formé d'une assise de cellules cylindriques superficielles, et d'une couche profonde constituée par deux ou trois assises de cellules arrondies ou rendues polyédriques par pression réciproque.

« Dans le voisinage du limbe, l'épithélium devient pavimenteux. »

Ce résumé histologique permettra de suivre la relation anatomo-pathologique que nous empruntons à la revue générale publiée par M. Sourdille dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1901.

« Au niveau de l'ulcération, l'épithélium a disparu complètement par places, tandis qu'ailleurs il est réduit à une seule assise de cellules plus ou moins déformées, se continuant brusquement avec l'épithélium du voisinage.

« Celui-ci, bien qu'à peu près sain dans son ensemble, présente les lésions ordinaires signalées par Cornil (*Leçons sur la syphilis*, 1879), c'est-à-dire dégénérescence vacuolaire partielle, infiltration leucocytaire intercellulaire. Ce sont là des lésions qu'on rapporte dans toutes les dermites.

« Le derme conjonctival présente comme lésion caractéristique une infiltration abondante de cellules lymphatiques disposées autour des vaisseaux et leur formant un épais manchon. L'endothèle des capillaires paraît sain, mais la paroi extérieure des vaisseaux plus volumineux est épaissie. Comme ces vaisseaux sont très nombreux, il en résulte que tout l'ensemble du derme paraît infiltré.

« Immédiatement au-dessous, dans une zone cor-

respondant au tissu conjonctif lâche sous-muqueux, on constate que les mailles de ce tissu sont distendues par une abondante infiltration séreuse coagulée, dans laquelle se trouvent éparses quelques cellules rondes. Du fait de cette infiltration œdémateuse, cette couche est très augmentée d'épaisseur. Les quelques rares vaisseaux qui la traversent sont également entourés d'un manchon de cellules lymphatiques. Enfin le tissu épiscléral est infiltré dans toute son étendue de cellules qui lui donnent l'aspect du tissu inflammatoire; cellules fixes et leucocytes immigrés prennent une part à peu près égale à cette transformation embryonnaire. Ici encore l'infiltration est particulièrement accentuée autour des vaisseaux.

« En somme, les lésions indiquées plus haut sont communes à tous les tissus enflammés; mais ce qui les distingue dans le chancre, c'est la prédominance des lésions périvasculaires: épaississement de la paroi, infiltration en forme de manchon.

« Tous les syphiligraphes, depuis Virchow et Robin, et particulièrement Cornil, insistent sur cette localisation caractéristique.

« C'est à la présence de cette épaisse gaine périvasculaire de leucocytes qu'ils attribuent l'induration du chancre, induration qui varie d'intensité suivant que les vaisseaux sont plus abondants et plus ou moins entourés.

« Étant donnée la richesse du réseau vasculaire de la conjonctive et de l'épisclère, on s'explique facilement que les gaines qui entourent les éléments de ce réseau produisent une infiltration très marquée,

en même temps que le changement de coloration déjà indiqué. D'autre part, l'extrême laxité du tissu conjonctif sous-muqueux, par l'infiltration œdémateuse à laquelle elle prête, est la raison anatomique de l'apparence de tumeur que prend le chancre. » (Sourdille, *loc. cit.*)

Nous avons cru devoir rapporter ici entièrement la relation de M. Sourdille qui, non seulement nous donne une description anatomo-pathologique très intéressante et par sa rareté (fait unique) et par les renseignements qu'elle nous fournit, mais encore nous donne l'explication des deux principaux symptômes du chancre syphilitique bulbaire, l'ulcération et le chémosis.

Quant au troisième symptôme, l'adénopathie, elle se montre ici avec tous les caractères de l'adénopathie syphilitique, dont on trouvera l'explication dans les traités spéciaux, auxquels nous renvoyons.

HOTEL-DIEU DE LYON

SERVICE DE M. ROULET



CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Hôtel-Dieu de Lyon. Service de M. ROLLET.)

Chancre bulbaire de l'œil gauche.

21 octobre 1903. — A... T..., âgée de trente ans ; toujours bien portante, réglée à quatorze ans. Mariée depuis quatre mois, est enceinte.

Début à l'œil gauche il y a dix jours. — Petite rougeur et démangeaison à la partie inféro-interne de la conjonctive bulbaire. Larmolement

Aujourd'hui, chémosis rouge cuivré, charnu, tout autour de la cornée, surtout en bas et en dedans. Pas de sécrétion. Les paupières sont cependant un peu collées le matin. A la cornée, à l'iris, rien d'anormal. V. = 1.

A la partie inféro-interne, en pleine conjonctive bulbaire, en forme de gros grains de blé, petite surface jaunâtre, reposant sur une masse hypertrophiée, sorte d'escarre jaunâtre par brûlure ou de plaque jaune par injection sous-conjonctivale huileuse.

On voit la tuméfaction avec la zone jaunâtre quand on dit à la malade de regarder un peu en haut ; la tumeur, presque masquée par la paupière inférieure, s'en dégage après un ressaut.

On sent une induration chancreuse chondroïde caractéristique. Les paupières sont normales et s'entr'ouvrent facilement.

Ganglion préauriculaire du volume d'une grosse noisette aplati et indolore.

Le mari interrogé raconte qu'il y a deux ans il eut un chancre génital. Il est encore soigné par le Dr Augagneur, et présente des plaques muqueuses buccales.

26 octobre 1903. — Plaque jaune, largeur d'une pièce de 20 centimes. Chancre volumineux, présentant les dimensions d'une grosse noisette. Chémosis intense, cachant la cornée en partie. Vision normale, pas de douleur, pas de sécrétion.

Quelques petits ganglions sous-maxillaires, un gros ganglion parotidien.

19 novembre. — Toujours chémosis énorme entourant toute la cornée avec plaque jaune en bas et en dedans.

Cornée transparente. Gros ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

19 décembre. — Les paupières s'entr'ouvrent un peu. Œdème dur tout autour de la cornée. On fait le diagnostic d'ulcère primitif. En palpant à la partie interne de la paupière on sent une résistance bien localisée en *dedans* de la cornée à 7 heures. Vaste chémosis. Un ganglion préauriculaire dur, mobile, grosse noisette aplatie. Un groupe de ganglions sous-maxillaires dont un plus dur et plus volumineux que les autres.

Pas de ganglions cervicaux, pas de ganglions du côté opposé. Un petit ganglion occipital à gauche. Pas de ganglion épitrochléen.

La roséole a débuté il y a quinze jours. On voit encore aujourd'hui quelques macules disséminées sur les avant-bras. Pas de plaques muqueuses. Rien aux commissures. Pas mal au gosier. Pas de céphalalgie. Rougeur des piliers antérieurs du voile du palais.

5 janvier 1904. — Le chémosis a un peu diminué. L'induration a beaucoup diminué. Petite bride s'étendant de la

partie interne de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire, à l'endroit du chancre. Les paupières s'entr'ouvrent un peu. Cornée normale. V. = 1. Ganglions primaires disparus. L'état général s'améliore. La malade dort bien la nuit. Plus de maux de tête. Quelques ganglions occipitaux postérieurs. Pas de plaques muqueuses. La syphilis papuleuse tend à disparaître.

19 janvier. — Syphilide du nez. L'induration a disparu. La pupille et l'iris sont normaux. Il reste une opacification blanchâtre de la zone inféro-interne de la conjonctive. Chémosis blanchâtre. Brides.

Les paupières s'entr'ouvrent normalement. Hypersécrétion lacrymale.

1^{er} février. — Syphilides des ailes du nez et du menton. Chute des cheveux. Plaques muqueuses des amygdales. Chémosis léger et jaunâtre.

Cornée intacte et vision normale.

La malade attend l'accouchement pour la fin du mois.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. HORAND, chirurgien de l'Antiquaille. *Traité pratique des maladies vénériennes*, JULLIEN, 1886, p. 587 et complétée par M. HORAND sur notre demande, 1904.)

Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

Accidents secondaires.

Antoine P..., âgé de vingt-six ans, entre à l'Antiquaille, service de M. Horand, le 7 mai 1879, pour des accidents syphilitiques.

Ce malade présente sur la *conjonctive bulbaire de l'œil gauche*, à sa partie interne, une *grosse papule* saillante, à base indurée. La cornée est saine, mais elle est enchâssée dans un *énorme chémosis*. Les deux paupières sont tuméfiées, principalement la supérieure, ce qui empêche l'occlusion complète de l'œil.

En avant du lobule de l'oreille gauche, il existe un *ganglion engorgé* assez volumineux. Il existe également un engorgement ganglionnaire dans les régions parotidienne et sous-maxillaire du même côté.

On constate sur tout le corps une *éruption papuleuse* qui se voit même sur le cou et la face.

Dans la bouche et à l'anus on trouve une série de *plaques muqueuses*.

Enfin on remarque une *alopécie diffuse* très nette.

La syphilis n'étant pas douteuse on recherche tout d'abord quelle est la porte d'entrée.

On ne trouve aucune ulcération, ni aucune cicatrice soit sur la verge, soit ailleurs, comme trace du chancre. De plus le malade est très explicite à cet égard et déclare que le premier bouton qui a apparu est celui de la conjonctive bulbaire. Son aspect est, en effet, celui du syphilome, avec sa base indurée et son compagnon obligé le ganglion préauriculaire.

Les autres accidents ne se sont manifestés que plusieurs semaines après.

De plus, relativement à l'étiologie, le malade raconte qu'il couchait avec son frère également syphilitique et en traitement à l'Antiquaille pour des plaques muqueuses de la bouche.

M. Horand considère donc que ce malade, en frottant sa figure sur le traversin maculé par la salive de son frère, s'est inoculé la syphilis à l'œil et que la papule qu'il présente sur la conjonctive bulbaire est un chancre syphilitique.

On prescrit au malade deux pilules de Dupuytren par jour, de la tisane de salsepareille, un gargarisme, de la poudre de calomel pour pansements de l'anus et l'on touche les plaques muqueuses de la bouche avec du nitrate acide de mercure.

Le 30 mai, l'état du malade s'est sensiblement amélioré, aussi demande-t-il sa sortie.

Le chancre n'est plus représenté que par une tache ecchymotique et un épaissement de la conjonctive.

Le chémosis et le gonflement des paupières ont disparu, ainsi que l'engorgement ganglionnaire.

La syphilide est sensiblement atténuée.

Les plaques muqueuses persistent encore.

OBSERVATION III

(M. DE SCHWEINITZ : *Soc. méd. de Philadelphie*, section d'ophtalmologie, 18 janvier 1898 ; *Annales d'oculistique*, 1898, 1^{er} semestre, p. 209.)

Chancre de la conjonctive bulbaire.

Le malade, un confrère âgé de trente-cinq ans, a été infecté pendant l'accouchement d'une femme. Pendant la délivrance, le visage de l'accoucheur a été éclaboussé par du liquide utérin, et immédiatement essuyé par une des personnes présentes, avec son tablier.

Peu de temps après apparaît une conjunctivite légère traitée par l'atropine et des antiphlogistiques. Lorsque je vois le malade six semaines plus tard, il présente un chancre typique de la conjonctive bulbaire, situé en haut de la cornée ; les ganglions lymphatiques de la face et de la nuque sont engorgés et le malade présente une roséole généralisée et abondante. La cornée, l'iris et le corps ciliaire sont libres. Le protoiodure de mercure amène une amélioration marquée dans l'espace de trois semaines.

OBSERVATION IV

(J. MASLENIKOW : *Vrăsthebnăia Gazetta*, n° 43, 27 octobre 1901 ; in *Archives d'ophtalmologie*, 1902, p. 540.)

Chancre syphilitique du limbe conjonctival du bulbe oculaire.

Le malade, paysan âgé de vingt-sept ans, s'était aperçu, un mois avant son entrée à l'hôpital, d'une *rougeur* de l'œil droit.

Ce n'est que quinze jours plus tard, lorsque la rougeur, accompagnée de tuméfaction, augmenta, que le malade se présenta à la consultation.

On trouva, à l'examen, un *petit gonflement d'aspect phlycténoïde*, à la limite de la cornée et de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.

Huit jours plus tard, le gonflement avait gagné tout le limbe ; sa surface *s'ulcéra* légèrement, sa consistance devint *cartilagineuse*. L'iris était resté intact.

En même temps, on constata l'engorgement des ganglions profonds du cou, du côté droit.

Le diagnostic de syphilis n'était, cependant, pas absolument certain, mais, huit jours plus tard, le doute n'était plus possible : une roséole typique et des plaques muqueuses étant venues la confirmer.

Le mode de contagion est resté inconnu.

OBSERVATION V

(D^r WILLIAMS. Présenté au *Liverpool Medical Institution*.
In *Recueil d'ophtalmologie*, 1885, p. 190.)

Observation d'une fille de dix-huit ans atteinte d'un chancre primitif de la conjonctive. Elle soignait un enfant qui, primitivement affecté d'ophtalmie du nouveau-né, eut bientôt après du coryza, de l'éruption au niveau des mame-lons, et les symptômes d'une syphilis congénitale.

Lorsque Williams vit la malade pour la première fois, elle portait un chancre sur la conjonctive, entre la commissure interne et la cornée. La conjonctive présentait une inflammation générale, les ganglions sous-maxillaires et préauriculaires étaient pris.

Sous l'influence du mercure, la guérison s'effectue rapidement. Il n'y a pas eu de symptômes secondaires.

F. DESPAGNET. *Lancet*.

OBSERVATION VI

(M. DAGNÉLAÏSKI. Compte rendu analytique par M. A. NATANSON ; In *Annales d'oculistique* 1898 ; *Société d'ophtalmologie de Saint-Petersbourg*, 13 novembre 1897.)

Deux ulcérations à aspect lardacé du fornix inférieur ; une troisième sur la conjonctive bulbaire. Apparition de papules. La malade avait soigné l'enfant de sa sœur atteinte de syphilis.

OBSERVATION VII

M. DÉLOW. Compte rendu analytique par M. A. NATANSON ; In *Annales d'oculistique*, 1898, p. 213 ; *Société d'ophtalmologie de Saint-Petersbourg*, 13 novembre 1897.)

Chancre induré de la conjonctive bulbaire.

Un malade se présente avec une ulcération élevée à la partie interne de la conjonctive bulbaire, mesurant trois millimètres, à bords à pic, d'aspect lardacé et de consistance cartilagineuse ; chémosis, cornée trouble. V. = 20/30.

Gonflement et sensibilité des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires.

Deux mois après : roséole, plaques muqueuses du pharynx.

Guérison après emploi du mercure.

Petite cicatrice.

V. = 20/20.

OBSERVATION VIII

(VIGNES, *Soc. d'opht. de Paris*, 7 novembre 1893 ; in *Annales d'oculistique*, 1893.)

M. Vignes présente un malade porteur, au niveau de la conjonctive bulbaire, de deux petites ulcérations rappro-

chées et peu profondes. Le chémosis du voisinage est énorme, mais la sécrétion est presque nulle.

Il existe de l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire.

Le présentateur conclut à l'existence d'un chancre infectant conjonctival, mais la preuve thérapeutique n'a pas eu le temps d'être faite.

OBSERVATIONS IX, X, XI

(DE WECKER, in traité de Wecker et Landolt, t. I, p. 409.)

« J'ai eu trois fois occasion de rencontrer des chancres de la conjonctive siégeant sur la conjonctive du globe de l'œil même, mais se différenciant si peu d'une large pustule exulcérée et à fond pultacé que la durée du mal, la coloration violacée du pourtour et la dureté de la petite plaque exulcérée ont pu seulement, en tenant compte des renseignements des malades (il s'agissait de trois femmes) nous mettre sur la voie du diagnostic.

« Dans les cas de chancres indurés que j'ai observés, ils siégeaient tous les trois sur le globe oculaire, en dehors du bord cornéen. »

OBSERVATION XII

(M. MORAX : *Annales d'oculistique*, 1900 ; *Soc. d'ophtalmologie de Paris*, séance du 30 avril 1900.)

Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

Le fait suivant est la contre-partie de celui que M. Sulzer a présenté il y a deux mois et où une mère porteuse d'un chancre amygdalin avait contaminé son enfant.

Ici la malade a été infectée par un enfant de trois mois, hérédosyphilitique, placé chez elle et qu'elle élève au biberon.

M^{me} B..., âgée de vingt-sept ans, n'a présenté aucun antécédent morbide en rapport avec l'affection actuelle. Elle a eu deux grossesses. Le premier enfant est mort à onze mois de méningite. Le second, âgé de six mois, est bien portant, comme vous pouvez vous en assurer. L'affection oculaire actuelle a débuté le 18 mars par un peu d'injection oculaire, mais sans troubles subjectifs.

Le 23 mars elle a remarqué qu'elle avait de la peine à ouvrir les paupières et qu'il existait un larmolement abondant. Les paupières n'étaient pas agglutinées et à part la gêne visuelle résultant du larmolement, il n'y avait aucun trouble subjectif. Le 23 mars elle a constaté une tuméfaction préauriculaire, puis quelques jours après, une seconde tuméfaction en arrière de l'angle du maxillaire inférieur.

Lorsque nous voyons la malade pour la première fois, le 29 mars, nous constatons une diminution marquée de la fente palpébrale avec légère teinte violacée du bord palpébral supérieur et une saillie marquée des téguments au niveau des ganglions préauriculaires et rétro-maxillaires hypertrophiés. La conjonctive bulbaire présente un chémosis très accusé, et lorsqu'on fait diriger le regard en dehors, on découvre sur la conjonctive bulbaire correspondant à l'angle interne et au pli semi-lunaire une surface faiblement saillante, d'aspect blanchâtre et recouverte d'un exsudat diphtéroïde qu'on ne parvient pas à détacher par une friction légère. Cette érosion a une forme elliptique à grand axe vertical et présente 6 millimètres sur 4 millimètres de diamètre. La région correspondante est nettement indurée. La sécrétion conjonctivale est faible et les paupières ne sont pas agglutinées le matin. Il n'y a aucun trouble cornéen.

L'enfant que nous supposons être l'origine de la contamination est actuellement encore atteint de rhinite, d'adéno-pathie généralisée et d'une éruption cutanée discrète à type roséolique avec pigmentation légère. Il présente en outre un facies cachectique. Il a eu il y a deux mois une éruption

généralisée qui a été vue à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades et pour laquelle on a prescrit un traitement hydragyrique.

OBSERVATION XIII

(Le D^r BAUDON, de Nice, in *Recueil d'ophtalmologie*, 1885, p. 673.)

Le 18 août 1885, la femme C..., âgée de vingt-quatre ans, se présenta à ma clinique avec une *tumeur* de la conjonctive, siégeant principalement au-dessous de l'équateur de l'œil, mais s'étendant cependant tout autour de la cornée, jusque dans l'espace sous-palpébral supérieur. La cornée est saine et ne paraît pas même souffrir dans sa nutrition, quoiqu'elle soit entourée de toutes parts par un anneau dur, résistant, qui en bas atteint presque 1 centimètre d'épaisseur.

Les ganglions parotidiens et sous-maxillaires, de la grosseur d'un petit haricot, sont durs, mais peu douloureux, au nombre de quatre à cinq.

L'affection date d'un mois ; la malade est mariée, elle a un enfant qu'elle dit bien portant. Le mari, paralysé, est à l'hôpital.

Cette tumeur est *indolente* ou à peu près, quoique la femme se plaigne de douleurs dans la région sus-orbitaire du même côté ; la production nouvelle est *dure*, mais sans avoir l'apparence ni la résistance de l'épithéliome. Elle est *recouverte d'une sorte d'exsudat blanchâtre*, qui n'a pas de tendance à se reproduire.

Pour établir la nature de cette tumeur, on ne pouvait penser qu'à l'épithéliome ou à un autre hétéroplasma, à la diphtérie, ou à un chancre de la conjonctive.

Je rejetai la supposition de tumeur épithéliale à cause du rapide développement de la tumeur, de l'âge de la malade, et de l'apparition brusque des ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

Je rejetai également la supposition d'une ophtalmie diph-

téritique à cause de la limitation exacte de la tumeur à la conjonctive bulbaire et aussi à cause de l'absence de fausses membranes ; la tumeur en effet était recouverte d'un exsudat sans consistance, très superficiel, peu étendu, plutôt que d'une fausse membrane. Il suffit d'avoir vu une fois de ces ophtalmies diphtéritiques pour reconnaître qu'elles n'ont aucune ressemblance avec la maladie qui est sous nos yeux.

Dans l'ophtalmie diphtéritique il coule en abondance un liquide sanieux ; chez notre malade il n'y a rien ou il n'y a que des larmes.

Malgré l'absence de commémoratifs, d'antécédents syphilitiques et d'antécédents du côté des organes génitaux, je me rattache à l'idée d'un chancre de la conjonctive. La brusque extension de la tumeur, l'apparition rapide des ganglions en rapport avec les lymphatiques de la région malade ne peuvent s'expliquer que par la syphilis.

Cependant le 18 août la femme ne porte aucune trace de syphilis. Pas le moindre exanthème, rien du côté de la gorge ni du cuir chevelu. Rien du côté des organes génitaux, pas de ganglions dans les aines.

Quant au mari je ne puis l'examiner, car il meurt du choléra à l'hôpital.

Assuré de mon diagnostic, j'institue le traitement en conséquence. Pilules de protoiodure à 0 gr. 05 matin et soir. Insufflations de calomel tous les deux jours sur la conjonctive.

Le 15 octobre la tumeur a disparu, ce qui suffirait à établir que le diagnostic avait été juste.

Mais il fut corroboré par l'apparition de plaques muqueuses du côté de la gorge, et même par l'enfant que je trouvai dans les premiers jours d'octobre couvert de plaques de pemphigus ulcérées.

Ces plaques muqueuses postérieures à la tumeur conjonctivale qui a été dans ce cas l'accident primitif, lui survivent et feront l'objet d'un nouveau traitement.

OBSERVATION XIV

(D^r SOURDILLE, in *Archives d'ophtalmologie*, t. XX, mars 1901, p. 122.)

M^{me} S..., trente-cinq ans, se présente à ma consultation le 18 octobre 1899, pour une affection de l'œil droit, dont le début remonte à dix jours. Cette affection, très légère à son origine, n'a fait qu'augmenter, malgré les instillations d'un collyre au sulfate de zinc prescrit par le médecin que cette dame a consulté.

Au moment où je l'examine, elle présente l'état suivant : sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit, entre le bord interne de la cornée et le repli semi-lunaire, au-dessous d'une ligne horizontale passant par la pupille et la caroncule, existent *deux petites ulcérations très superficielles, de couleur opaline, à contour à peu près circulaire, de 4 à 5 millimètres de diamètre, et séparées par un pont de conjonctive saine*, d'une largeur de 0 mill. 5 à 1 millimètre. La conjonctive sur laquelle reposent ces ulcérations est épaissie, formant une *plaque légèrement surélevée, de couleur rouge cireux*, de 12 millimètres de largeur. Cette plaque est indurée et présente une consistance cartilagineuse ; la conjonctive avoisinante est légèrement chémotique ; celle des culs-de-sac et des paupières est à peu près normale. Pas de douleurs, pas de photophobie, pas de sécrétion anormale, une simple gêne.

Aucun trouble de la vision et des membranes oculaires. Je note en outre la présence à droite d'un volumineux ganglion préauriculaire, dur et non douloureux. Ma première pensée est qu'il s'agit d'une lésion syphilitique, mais l'interrogatoire ne me permettant pas de trouver le mécanisme de l'infection, et, d'autre part, troublé par la rareté des affections syphilitiques de cette espèce, j'abandonne le diagnostic de syphilis, et, tablant sur une épiscclérite boutonneuse, je prescris une pommade à la cocaïne et du salicylate de soude à l'intérieur.

Le 24 octobre, je revois la malade. L'état s'est aggravé, la plaque indurée conjonctivale s'est élargie et épaissie; elle offre l'aspect d'une calotte sphérique de 15 millimètres de diamètre, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, de dureté cartilagineuse; les deux petites ulcérations sont à peu près comblées. Autour de cette tumeur, la conjonctive est infiltrée, lardacée, de couleur jaune rosé, dans toute la portion cornéenne; la conjonctive du cul-de-sac inférieur présente cette même infiltration. Le ganglion préauriculaire est toujours aussi gros. Je reviens définitivement au diagnostic de chancre syphilitique. Pommade à l'iodoforme.

Les jours suivants, la lésion conjonctivale, loin de s'amender augmente de plus en plus, et au bout de quinze jours, cet état me préoccupe sérieusement. La conjonctive bulbaire, dans toute sa portion sous-cornéenne, forme un volumineux bourrelet lardacé, très dur, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, empiétant sur la conjonctive du cul-de-sac inférieur. L'infiltration lardacée fait le tour de la cornée. Les ulcérations ont disparu: en somme, l'affection se présente sous la forme d'une véritable tumeur étalée au-dessous et en dedans de la cornée et se continuant avec l'infiltration jaunâtre du reste de la conjonctive bulbaire.

A partir du 20 novembre, le néoplasme commence à s'affaïsser lentement, en même temps que le chémosis diminue. J'attendais, pour avoir la confirmation absolue de mon diagnostic et pour prescrire le traitement spécifique, l'apparition de la période secondaire. Celle-ci se manifesta assez rapidement et le 4 décembre, ma malade m'annonçait l'apparition d'une éruption généralisée, que je pus reconnaître comme nettement syphilitique. Le diagnostic fut encore confirmé par mon confrère et ami, le Dr H. Malherbe. Immédiatement je prescrivis des injections intramusculaires d'huile biiodurée. Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes oculaires et cutanés se sont rapidement améliorés.

Aujourd'hui (30 janvier 1900) il reste à peine une légère

macule pigmentée, au niveau du point de la conjonctive primitivement touché.

J'ai essayé, sans trop y réussir, de trouver la cause de la contagion. Le seul renseignement que j'aie pu obtenir, c'est que du 15 au 25 septembre, époque probable de l'inoculation, la malade avait été, à plusieurs reprises et avec insistance, embrassée sur l'œil droit par un homme qui, quelques semaines auparavant, avait eu des aphtes(???)

OBSERVATION XV

(VALUDE et LAUR : *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 mars 1897; in. *Annales d'oculistique*, 1897, 1^{er} semestre, p. 281.)

Le 11 décembre 1896 se présente à la clinique des Quinze-Vingts X... Joseph, âgé de vingt-cinq ans, pour une affection de l'œil droit. Celle-ci aurait débuté, il y a trois semaines, par une simple rougeur de la conjonctive bulbaire au niveau de l'angle interne. Cette rougeur persista pendant deux semaines sans adjonction d'autres phénomènes, puis alors apparaît un petit bouton qui croît rapidement et décide le malade à venir consulter.

Nous trouvons sur la conjonctive bulbaire, dans le champ de la fente palpébrale, et à 2 millimètres du bord interne de la cornée, un véritable petit *néoplasme*.

Ses dimensions sont celles d'une *grosse lentille*. Sa forme est très exactement *ovalaire*, à grand axe vertical. Sa *base est d'un rouge foncé*; sa *surface plane, brillante, est recouverte d'un enduit diphtéroïde*. L'avulsion de l'exsudat laisse voir au-dessous une simple *érosion* sans bords taillés en profondeur.

La consistance de la tumeur est difficile à déterminer en raison de son siège. Toutefois par la palpation à travers la paupière supérieure, on perçoit une sensation de dureté assez nette.

La conjonctive du voisinage est très injectée et les vaisseaux convergent en grand nombre vers l'ulcération.

L'œil n'est le siège d'aucune sécrétion, ni d'aucune douleur, soit spontanée, soit à la palpation.

Le ganglion préauriculaire et un autre de l'angle de la mâchoire sont tuméfiés, durs, indolents.

Le diagnostic de chancre syphilitique de la conjonctive s'imposait de par l'aspect caractéristique de la tumeur et aussi par les raisons suivantes :

1° Le volume du néoplasme, qui ne permettait pas de le confondre avec une vulgaire phlyctène conjonctivale ;

2° L'état érosif et diphtérique de la surface qui écartait immédiatement l'idée d'un bouton d'épisléríte ;

3° Enfin et surtout l'adénopathie volumineuse et unilatérale qui ne se rencontre pas dans ces deux affections.

Le diagnostic fut d'ailleurs pleinement confirmé par le traitement.

Sous l'influence de deux pilules de protoiodure par jour et d'une pommade à l'iodoforme appliquée localement, la lésion s'est modifiée très rapidement.

Le 30 décembre la guérison était complète. A la place du chancre existait alors une macule pigmentaire tout à fait analogue à celles que laissent les boutons d'épisléríte.

Le 27 janvier le malade est revu.

Les ganglions eux-mêmes ont disparu.

Il n'existe aucune trace de roséole. Le malade qui est prévenu et se surveille attentivement déclare aussi n'avoir rien vu d'anormal sur sa peau.

Il eût été intéressant de savoir par quel procédé s'est faite la contagion, mais des interrogatoires répétés ne nous ont fourni aucun renseignement à ce sujet. Le malade est carrossier et ne se trouve pas exposé à des accidents de ce genre.

Cette observation porte à huit le nombre des cas de chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.

OBSERVATION XVI

(D^r FANO, *Journal d'oculistique et de chirurgie*, 2^e année, n^o 13,
25 mars 1874.)

Chancre primitif de la conjonctive scléroticale. — Syphilide papulo-squameuse généralisée consécutive. — Emploi de la médication hydrargyrique. — Guérison.

P..., âgé de vingt-sept ans, tonnelier, se présente à ma clinique le 7 octobre dernier. A plusieurs reprises j'ai interrogé ce malade sur ses antécédents, son genre de vie. Plusieurs fois aussi, je l'ai pressé de questions, l'entretenant en particulier pour le mettre plus à son aise. Voici tout ce que j'ai pu recueillir :

A l'époque où l'affection de l'œil a débuté, P... couchait depuis sept mois avec un camarade. Quinze jours auparavant il a eu des rapports sexuels naturels avec une femme qui est porteuse de pain.

Le dimanche 28 septembre, alors que l'œil était déjà rouge depuis huit jours, il a bu quelques litres de vin dans la journée et a passé sa soirée à danser dans un bal public. Il affirme qu'il a conservé sa raison et qu'il n'a eu ce jour-là aucun rapport sexuel ; qu'il n'a reçu aucun corps étranger, aucun liquide dans l'œil ; que celui-ci n'a jamais subi le contact d'un crayon de pierre infernale.

L'œil droit est malade depuis quinze jours ; l'organe a d'abord rougi, et au bout d'une semaine il est devenu très douloureux. Le traitement, conseillé par un pharmacien, a consisté en applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre, et en un collyre composé d'eau de roses, d'acétate de plomb, de sulfate de zinc et de laudanum.

État actuel (7 octobre). — L'œil gauche est sain. L'œil droit présente une injection de la conjonctive palpébrale. La conjonctive scléroticale forme, dans toute son étendue, un bourrelet œdémateux parsemé en certains endroits d'un

piqueté rouge. A la partie inféro-interne de la conjonctive scléroticale, sur les confins de la circonférence cornéale, existe une plaque de couleur blanc sale, de forme quadrilatère, de l'étendue d'une grosse lentille, complètement insensible au contact d'un stylet, les parties voisines ayant au contraire conservé toute leur sensibilité tactile. La cornée est un peu nuageuse, au voisinage seulement de la plaque. Le sujet accuse une douleur permanente et très vive entre la paupière supérieure et l'œil.

Il n'existe pas la plus petite ulcération sur les organes génitaux. Pas d'écoulement urétral.

Cette affection de l'œil présentait un aspect tellement insolite que je restai dans le doute sur la nature du mal. Je constatais bien sur la conjonctive la présence d'une plaque mortifiée, mais je ne m'en expliquais pas l'origine. Je conseillai des bains d'œil avec la solution d'atropine. (Ce traitement expectant fut continué jusqu'au 7 novembre, c'est-à-dire pendant près d'un mois.)

Le lendemain 8 octobre, la pupille est largement dilatée, ce qui permet l'examen de l'œil à l'ophtalmoscope ; les milieux réfringents sont transparents ; le nuage de la cornée empêche de voir la papille optique. Dans la nuit, P... souffre dans toute la moitié droite de la tête.

Le 9, on constate que la plaque de la conjonctive présente une petite dépression, comme si la couche la plus superficielle de cette plaque avait été éliminée.

Les jours suivants, la plaque ne s'étend pas en largeur ; le chémosis mou et séreux persiste. Le patient accuse des douleurs continues dans toute la moitié droite de la tête et ne peut dormir la nuit à cause de ses souffrances. L'appétit persiste. (Pilule d'opium le soir.)

Le 13, la plaque de la conjonctive s'est creusée ; elle est toujours complètement insensible au contact, pendant que la conjonctive voisine possède une sensibilité exquise.

Le 15, le malade n'a plus souffert, comme les nuits précédentes, dans toute la moitié droite de la tête. Les douleurs

sont bornées à l'œil. La plaque blanche grisâtre de la conjonctive a diminué de superficie par l'élimination des parties qui avoisinent les bords.

Le 16, la plaque a sensiblement diminué d'étendue ; la conjonctive voisine s'avance sur les parties où la plaque disparaît. Toute la conjonctive scléroticale offre un aspect plus rosé qu'il y a quelques jours.

Les jours suivants, les douleurs dans la moitié droite de la tête reparaissent la nuit, et ne sont pas amoindries par l'administration de l'opium. La plaque blanche grisâtre de la conjonctive scléroticale, après être restée stationnaire et toujours insensible au contact, jusqu'au 25 octobre, s'étend un peu en divers sens à partir de ce jour.

Le 4 novembre, la plaque se creuse fortement au centre et a notablement diminué d'étendue.

Le 6, la perte de substance est assez profonde pour permettre d'apercevoir, au fond de l'excavation, la coloration de la choroïde, à travers l'amincissement de la portion correspondante de la sclérotique.

Le 7 novembre, un mois après la mise en observation du sujet, nous apercevons, sur le front et les côtés du nez, quelques papules d'un rouge sombre. Je fais déshabiller le malade, et je constate l'existence, sur tout le corps, d'une syphilide papulo-squameuse discrète des mieux caractérisées. P... nous dit que cette éruption a paru il y a quinze jours, mais qu'il n'y a pas attaché d'importance. Je me livre à un nouvel examen des parties génitales, et je ne trouve sur la verge aucune ulcération, aucune cicatrice. Pas d'écoulement urétral. Rien à l'anus. Bouche et arrière-gorge saines. (Prendre, tous les matins, à jeun, une pilule de sublimé de 1 centigramme.)

Le 10, la plaque de la conjonctive est réduite à des dimensions très minimes. En l'examinant de profil, on aperçoit une surface creusée en forme de cupule. Le 11, la plaque est réduite à quelques petits îlots. Le chémosis a disparu. Il ne reste qu'une injection modérée de la conjonctive scléroticale.

Le 13, la plaque est réduite à une petite dépression insignifiante dont la couleur se rapproche de la coloration du reste de la conjonctive. L'éruption a pâli.

Le 20, il ne reste aucune trace de cette plaque, qui est remplacée par une petite dépression brillante, confinant à la circonférence de la cornée. Cette dernière reste un peu nua-geuse aux environs de la dépression. La conjonctive scléroticale présente une légère injection et un très léger œdème. De l'œil malade, P... distingue l'heure à une montre de poche.

Nous cherchons avec beaucoup de soins s'il n'existe pas quelque adénite dans la sphère de l'organe primitivement atteint. Il y a absence de tout engorgement ganglionnaire de la région parotidienne droite et gauche. Il existe une adénite sous-maxillaire dure, de chaque côté ; P... affirme qu'il a toujours eu cet engorgement ganglionnaire.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, je ne me rendis pas compte de la nature de l'affection. Je constatais sur la conjonctive scléroticale une plaque d'un blanc sale, bien limitée, insensible au contact. Toutes les questions adressées au patient ne m'apprirent rien sur la nature de cette lésion. Je me bornai à un traitement expectant, suivant avec attention, jour par jour, la marche de l'affection. Un mois après, je reconnus l'existence d'une syphilide papulo-squameuse remontant à quinze jours, au rapport de P..., ayant par conséquent apparu un mois environ après l'affection de l'œil, puisque celle-ci était antérieure de deux septenaires à l'époque où le sujet s'est présenté pour la première fois à ma clinique.

A partir de l'époque où, éclairé sur la nature du mal, nous avons prescrit un traitement antisypilitique, l'affection de la conjonctive a marché à grands pas vers la guérison. On ne saurait donc nier la nature syphilitique de la lésion de la conjonctive. Et puisque celle-ci a été suivie, un mois environ après son apparition, d'une véritable syphilide généralisée, il y a lieu d'admettre que l'affection conjonctivale a été le

point de départ de l'infection générale. Nous avons affaire à un chancre primitif de la conjonctive scléroticale.

Malgré tout le soin mis à interroger le malade, il nous a été impossible de trouver le mode de contamination. Rappelons qu'il couchait depuis sept mois avec un camarade ; que quinze jours avant le début du mal, il avait eu des rapports sexuels avec une porteuse de pain.

Ces deux circonstances laissent le champ ouvert à bien des hypothèses dont l'examen rentre dans l'histoire générale de la syphilis.

Pour nous en tenir aux faits primitifs, insistons sur les caractères physiques de ce chancre primitif de la conjonctive scléroticale, chancre qui se présente sous la forme d'une plaque de couleur blanc sale, insensible au contact, ayant les caractères d'une escarre de la conjonctive. Le chancre de la conjonctive scléroticale offre donc plutôt les caractères physiques d'une *gangrène limitée* de cette membrane que les caractères d'une *ulcération*. L'aspect du reste de toute la conjonctive scléroticale a aussi quelque chose de particulier : c'est une injection peu prononcée accompagnée d'un léger œdème.

Notons encore la marche du chancre abandonné à lui-même pendant un mois : il y a eu une élimination lente des tissus mortifiés, et c'est ainsi qu'à la place de cette plaque d'un blanc sale s'est formée une dépression.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre syphilitique se voit rarement à la conjonctive bulbaire ; néanmoins nous avons pu en réunir seize cas.

II. — Malgré les aspects divers que peut prendre l'ulcération, nous n'hésitons pas à considérer ce chancre comme appartenant d'une façon générale à la variété des érosions indurées ; c'est un chancre érosif avec forte réaction périphérique et induration marquée.

III. — A la période d'état l'affection présente un aspect typique ; trois symptômes, qui apparaissent presque presque simultanément, sont constants et doivent à eux seuls faire porter le diagnostic : chémosis de couleur rouge sombre, dur, épais, volumineux, enchâssant la cornée et se prolongeant jusqu'aux cils-de-sac ; — ulcération indurée, indolente, — adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire dure, mobile, indolente. A ces signes s'ajoute l'absence de troubles visuels et de réaction des paupières, pas de sécrétion.

L'affection ainsi caractérisée prête peu à confusion ; le diagnostic est assez aisé, si l'on pense au chancre syphilitique.

IV. — Le pronostic quant à l'organe oculaire est excellent, puisque l'affection évolue sans aucune altération de la vision, et ne laisse à sa place qu'une cicatrice insignifiante ou une macule pigmentée.

V. — Le traitement local sera antiseptique, destiné à prévenir une infection surajoutée. On instituera en même temps le traitement de la syphilis.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAILLETON.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- L. TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Dechambre). —
Chancres (J. Rollet); Conjonctive (Warlomont).
- J. ROLLET. — Traité des maladies vénériennes.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- FOURNIER. — Les chancres extra-génitaux.
- L. FINGER. — La syphilis et les maladies vénériennes, 3^e édit. allemande, trad. par A. Doyon et P. Spillmann.
- MRACEK. — Atlas manuel de la syphilis et des maladies vénériennes, édit. française par E. Emery.
- LAVERGNE et PERRIN. — Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux (*Annal. derm. et syph.*, 1884).
- SOURDILLE. — *Archives d'ophtalmologie*, 1901.
- DE WECKER. — Traité d'ophtalmologie.
- PANAS. — Traité pratique des maladies des yeux.
Archives générales d'ophtalmologie, passim.
Annales d'oculistique, passim.
Annales de dermatologie et de syphiligraphie, passim.
- FORTUNIADÈS. — Thèse Paris, 1890.
- TOUCHALEAUME. — Étude sur le chancre syphilitique de la conjonctive, thèse Paris, 1888-1889.
- SAVY. — Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive, thèse Paris, 1876.
- STOURME. — Essai sur le pronostic du chancre induré céphalique, th. Lyon, 1889.
- ÉVEILLÉ. — Recherches statistiques sur la syphilis oculaire, thèse Bordeaux, 1885.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	I
AVANT-PROPOS	1
CHAPITRE PREMIER. — Généralités. — Chancres oculaires, leur classification.	3
CHAPITRE II. — Étiologie.	10
CHAPITRE III. — Symptômes	15
CHAPITRE IV. — Diagnostic, pronostic, traitement.	22
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique.	27
OBSERVATIONS.	31
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE.	53
